



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **75/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de marzo de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 17 de junio de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **187/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de abril de 2013, x, asistida de letrada, interpone reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS). Según relata, tras conocer que estaba embarazada -después de tres abortos-, el 9 de julio de 2012 acudió a la consulta de su médico de atención primaria, en donde fue atendida por la Dra. x. La paciente informó a dicha doctora de sus antecedentes y le indicó que como era carterera tenía que estar mucho tiempo deambulando y, además, se veía obligada a cargar peso, por lo que le solicitó le diese la baja. La facultativa no quiso hacerlo, limitándose a extender un P10 en el que recomendaba a su empresa que la cambiara de puesto de trabajo, recomendación que no fue seguida por la empresa. Con posterioridad, ya con pérdida de sangre y dolores vaginales, acudió a la consulta de Prenatal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), donde fue atendida por el Dr. x, que le prescribió reposo y la remitió al médico de cabecera para que le diese la baja.

Posteriormente, con fecha 13 de agosto, acudió al Servicio de Urgencias de HUVA por presentar un fuerte sangrado. Realizada un ecografía se alcanzó el siguiente diagnóstico: *"ECOTV: Gestación intrauterina. CRL de 8,1 mm que corresponde a 6-5 semanas. Sin latido cardíaco fetal. Aborto diferido"*.

Considera la interesada que el día 9 de junio de 2012, cuando acudió a su médico de cabecera, se cometió una negligencia al no darle la baja médica ante el riesgo de aborto que padecía, lo que hizo que, finalmente, tal aborto se produjera.

Reclama la interesada la incoación del correspondiente expediente de responsabilidad patrimonial y una indemnización de 9.288,23 euros.

La reclamación se acompaña de diversa documentación correspondiente a la asistencia sanitaria recibida por la paciente, entre la que figura el P10 que se extendió por la doctora de atención primaria, en el que se afirma lo siguiente: *"Con fecha de última regla 7.6.2012, y posible embarazo, solicitó cambio de puesto de trabajo ante posibles riesgos debido a antecedentes anteriores de aborto"*.

SEGUNDO.- El Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial, que es notificada a la interesada así como a la correduría de seguros del Ente sanitario, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Gerencia del Área 1, solicitando la historia clínica de la reclamante y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Por dicha Gerencia se envía la copia de las historias clínicas de la paciente (la de atención primaria y la correspondiente a la asistencia recibida en el HUVA), así como los siguientes informes médicos:

1) De la Dra. x, del siguiente tenor:

"Según consta en la Hª Cª realiza una visita el 9/07/2012 al centro de salud por embarazo deseado, con FUR 7/06/2012, la paciente no refiere síntomas de sangrado ni dolor en esta consulta, por tanto se consideró embarazo sin riesgo en esa fecha. Pero dado que la historia refleja dos abortos espontáneos en 2006 y 2007, se realiza un informe, mediante un P10, para presentar a la empresa para Prevención de Riesgos Laborales, y se inicia tratamiento con Acfol.

La paciente no volvió a consulta hasta el 18/07/2013, según consta en la Hª Cª, y entonces traía un informe de Ginecología con diagnóstico de amenaza de aborto, y se le dio una IT de baja médica con esta fecha. Continuó en reposo, y con controles de Ginecología. La paciente volvió a consulta el 3/09/2013, donde se le da el alta médica, y se le deriva a revisión con la UGA".

2) Del Dr. x, Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del HUVA, con el siguiente contenido:

"A través del presente escrito yo x con DNI -- me dispongo a contestar la reclamación patrimonial interpuesta por x (215/13) ante el Servicio Murciano de Salud, debido a que el Dr. x está jubilado. Mi conocimiento de los hechos proviene exclusivamente de la Historia Clínica, ya que yo no participé ni directa ni indirectamente en el caso clínico objeto de la reclamación.

DOCUMENTACIÓN ANALIZADA

Historia clínica de la asistencia de la paciente x en el Hospital Virgen de la Arrixaca y en Atención Primaria. Reclamación patrimonial presentada por dicha paciente.

RESUMEN DE LOS HECHOS

La paciente x fue vista por primera vez en el Centro de Salud el 9 de julio de 2012, se le cursó solicitud de cita en la Consulta de Gestación de Alto Riesgo del Hospital Virgen de la Arrixaca, según consta en el folio tres de la copia de la Hª Clínica de x y se le cursó la analítica correspondiente al primer control de la gestación según protocolo. El motivo de dicha solicitud eran los antecedentes de tres abortos anteriores. La fecha de dicha cita fue programada para el día 17 de julio.

El 17 de julio de 2012 la paciente fue asistida en la Consulta de Gestación de Alto Riesgo por el Dr. x, que según recoge en la Hª Clínica (folios 5 y 6) el motivo de consulta es 'los antecedentes', abre historia clínica, en ese momento la paciente está gestante de 5 semanas + 6 días. Revisa la analítica y realiza ecografía. Como se puede comprobar la analítica es normal, salvo bacteriuria y en el informe ecográfico recoge 'útero con vesícula intrauterina y hematoma' aconsejando control en 2 semanas. En el apartado observaciones de la Hª clínica (folio 6) se puede leer escrito por Dr. x: 'Reposo. No desea tratamiento'.

El día siguiente (según consta en Hª de Atención Primaria), el 18 de julio de 2012, la paciente fue asistida en Atención Primaria por la Dra. x y se cursa la Incapacidad Transitoria por Amenaza de aborto.

El documento 3 es el informe ecográfico correspondiente al control en dos semanas indicado por el Dr. x y está fechado el 31/7/2012 a las 9,30h. Destaca en dicho informe ecográfico: saco gestacional intraútero, ovalado y turgente con embrión de 10,5 mm de LCR (Longitud Céfal- Raquídea) con actividad cardíaca positiva y una frecuencia cardíaca fetal de 106 latidos/minuto, que se corresponde con una edad gestacional de 7 semanas y un día. Además, se observa un hematoma subcorial de 13x12 mm que afecta al corión leve.

El siguiente documento en orden cronológico de la Hª clínica es el n° 10 que se corresponde con la asistencia en Urgencias del Maternal del H. Virgen de la Arrixaca con fecha 13 de agosto de 2012 y según consta en él, la paciente x acudió por 'sangrado como regla'. En dicho informe consta que las constantes vitales de la paciente son normales y la ecografía refiere: Gestación intraútero, con embrión de 8,1 mm que se corresponde con 6 semanas + 5 días de gestación, sin latido cardíaco fetal. El diagnóstico principal es de 'Aborto diferido'. Se le prescribe tratamiento médico evacuador (previa firma del consentimiento informado) y se le cita en consulta de 1º trimestre en una semana.

CONSIDERACIONES MÉDICAS

La expulsión de un feto antes de la semana 12 de gestación se considera aborto precoz. El aborto espontáneo ocurre en el 10-20% de los embarazos en la población general. El 85% de estos ocurren antes de la semana 12 de gestación. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad de la mujer (24,6% en mujeres de 35-39 años). El riesgo de aborto se incrementa también con haber tenido abortos anteriores (25% si ha habido 2 abortos anteriores). El sangrado vaginal durante el primer trimestre complica hasta el 25% de todas las gestaciones. El 90-96% de las gestaciones con actividad cardíaca fetal asociada a sangrado vaginal entre las semanas 7-11 cursarán con gestación evolutiva normal. Las alteraciones cromosómicas embrionarias de tipo numérico son la causa de más del 50% de los abortos espontáneos precoces (antes de la 12 semana de gestación).

La paciente acudió al Centro de Salud en torno a la 5ª semana de gestación (gestación inicial) el 9/7/2012. Se confirmó la gestación por la analítica. Se remitió a la Consulta de Alto Riesgo del Hospital Virgen de la Arrixaca por los antecedentes obstétricos. En dicha consulta se vio una semana después (17/7/2012). Se observó una gestación intraútero de 5 semanas + 6 semanas que presentaba un pequeño hematoma subcorial. Se le prescribió reposo y se citó en 2 semanas para control. Al día siguiente se le tramitó la Incapacidad transitoria en el C. de Salud. En el siguiente control ecográfico realizado en el Hospital Virgen de la Arrixaca el 31/7/2012, se observó un embrión intraútero con actividad cardíaca (106 latidos/minuto) y la presencia del hematoma visto en la consulta anterior de 13x12 mm. La presencia del hematoma y la frecuencia cardíaca fetal < 100 Lat./min. se considera de mal pronóstico con respecto a la continuación de la gestación. No consta en la historia, pero se supone que la paciente continuó en reposo hasta el día 10/8/2012 que acudió a urgencias por sangrado como regla y donde se comprobó la ausencia de actividad cardíaca del embrión.

En el tratamiento de la amenaza de aborto precoz, a no ser que haya una causa identificada en un estudio previo a la gestación en el contexto de un aborto de repetición, el tratamiento habitual es reposo relativo y abstinencia sexual, aunque no existe evidencia científica de que este tratamiento sea eficaz. Incluso un reposo en cama puede ser contraproducente. Tampoco hay evidencia con otros tratamientos, como el uso de progesterona, que se utilizan cuando no hay una causa clara identificada.

CONCLUSIONES

La paciente x recibió una asistencia médica precoz y correcta ante la primera evidencia de su gestación y dados sus antecedentes obstétricos.

La asistencia fue adecuada según la lex artis y ajustada a los protocolos que la evidencia científica actual aconsejan.

El resultado no deseado fue inevitable y actualmente por desgracia no disponemos de herramientas terapéuticas eficaces ante la presencia de un aborto precoz espontáneo de etiología no identificada".

CUARTO.- El 17 de julio de 2013 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica).

Con la misma fecha se procede también a la remisión del expediente a la compañía aseguradora del SMS

QUINTO.- La aseguradora aporta dictamen emitido por una facultativa especialista en Obstetricia y Ginecología, en el que se alcanzan las siguientes conclusiones:

"1ª. El aborto espontáneo se produce en el 10-12 % de todos los embarazos, en las mujeres con abortos previos este porcentaje es algo mayor hasta el 25 % en mujeres que han tenido tres abortos anteriores. El reposo en cama y la utilización de medicamentos como los gestágenos y estrógenos, tocolíticos, antiespasmolíticos y

polivitamínicos NO han demostrado su eficacia a la hora de prevenir el aborto espontáneo en mujeres con amenaza de aborto.

2ª. x fue controlada de acuerdo a los protocolos establecidos por la SEGO, ante la sospecha de embarazo en su primera visita el 9/7/2012 y dado los antecedentes obstétricos, se le remitió a las consultas de alto riesgo de su Hospital de referencia, y se recomendó disminución de actividad física en su centro de trabajo, la baja laboral no estaba indicada puesto que la paciente se encontraba asintomática, y además aún no se había confirmado clínicamente la existencia de la gestación.

3ª. En el momento en el cual se visualizó por ecografía la viabilidad del embarazo y la existencia de un hematoma corial se prescribió reposo y baja laboral ante el riesgo de aborto para la paciente y se recomendó control evolutivo, aun sabiendo, como consta en todas las literaturas médicas, que el reposo no previene el aborto espontáneo.

4ª. A pesar de todo la paciente presentó un aborto espontáneo el 13/8/2012, trece días después del último control en el que se seguía visualizando gestación evolutiva y hematoma.

5ª. Por tanto el aborto sufrido por la paciente no puede atribuirse a mala praxis. No se reconoce actuación médica incorrecta ni relación entre dicha actuación y el daño por el que se reclama".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, presenta alegaciones la reclamante, proponiendo la práctica de las siguientes pruebas: testifical de x y pericial médica consistente en informe del Dr. x, master en valoración del daño, que presentará en el momento en el que se señale día y hora para la práctica de la prueba propuesta.

La instructora envía escrito a la reclamante indicándole lo siguiente:

a) En relación con la prueba testifical, para la que no se concreta ni la relación de la testigo con el caso ni los hechos que se pretenden acreditar con su testimonio, se considera innecesaria, en la medida en que en el expediente no se plantean cuestiones de hecho sino la valoración de la asistencia prestada.

b) En lo que respecta a la prueba médico pericial se abre un período de 30 días para su práctica. Transcurrido el anterior plazo la interesada no había aportado el informe médico al que hacía referencia.

SÉPTIMO.- Seguidamente la instructora fórmula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos establecidos legalmente para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente se solicitó de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen, acompañando el expediente e índice de documentos del mismo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del centro hospitalario y del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños, conforme a lo previsto en el artículo 142.2 LPAC y 3 RRP, correspondiendo su resolución a la Consejera de Sanidad.

II. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

III. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del SMS en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c)*

LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos". Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUCA refiere la *praxis* seguida con la paciente, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* de las concretas imputaciones de la reclamante y que ésta no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivados del artículo 106.2 de la Constitución: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (art. 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del personal sanitario ha de llevarse a cabo por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de

todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo jurídico). Por tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para la reclamante, la doctora que la atendió en el Centro de Salud no fue capaz de apreciar el riesgo de aborto que presentaba su embarazo a pesar de la información que tenía sobre los tres abortos padecidos con anterioridad, negándose a darle la baja laboral y limitándose a solicitar a la empresa que la cambiara de puesto de trabajo, lo cual, parece sugerir la reclamante, habría provocado que poco después abortara.

Pues bien, las anteriores aseveraciones de la interesada, huérfanas de todo respaldo técnico que las avale (el informe médico cuya entrega se anunció nunca llegó a incorporarse al expediente), se ven drásticamente desmentidas por los informes médicos obrantes en el expediente (facultativos que la atendieron y dictamen médico de la aseguradora), de los que se desprende lo siguiente:

1.º En la primera consulta realizada el día 9 de julio de 2012, en el centro de salud, el embarazo de la paciente no había sido aún constatado. Por otro lado la misma se encontraba asintomática, por lo que la doctora de atención primaria actuó correctamente: pide un estudio analítico completo y confirmación del embarazo; se recomienda cambio de actividad en su trabajo; y se solicita que sea controlada en las consultas de alto riesgo de su hospital de referencia. De hecho la reclamante solo imputa a la citada doctora una actuación, desde su punto de vista, negligente: no haberle dado la baja laboral. Sin embargo, según los informes médicos evacuados, en el momento en que se realizó dicha asistencia *"no era precisa la baja laboral, puesto que la paciente se encontraba asintomática, no había presentado sangrado vaginal, y además aún no se había confirmado la existencia y viabilidad del embarazo"*.

2.º A pesar de lo anterior la doctora, de forma preventiva, recomendó el cambio en el puesto de trabajo de la paciente, y si dicha actuación no se produjo (no existe prueba al respecto), coincide este Órgano Consultivo con la instructora en que tal circunstancia escapa del ámbito de responsabilidad del SMS. A lo anterior cabe añadir que en ningún momento se ha probado por la paciente que continuar desempeñando sus tareas profesionales pudiera influir en el aborto que padeció; sin embargo el perito de la aseguradora sí que señala que no existe constancia de que el reposo en cama evite el aborto espontáneo en mujeres con amenaza de ellos.

3.º Por otro lado, tan sólo una semana después la paciente fue atendida en la unidad de embarazos de alto riesgo del HUCA, en donde se valoró el resultado de las analíticas y de la ecografía que se le practicó, confirmando su estado de gravidez y detectando la presencia de un hematoma, recomendándole control evolutivo en dos semanas y prescribiéndole reposo y baja laboral que le fue tramitada al día siguiente. Es decir, cuando los datos clínicos (no presentes en la asistencia descrita en el párrafo anterior) evidenciaron el embarazo y la presencia de un hematoma que suponía un riesgo para el progreso del embarazo, los servicios médicos actuaron correctamente, es más, llegaron a prescribirle reposo *"aun sabiendo, como consta en todas las literaturas médicas, que el reposo no previene el aborto espontáneo"* (folio 48, dictamen del perito de la aseguradora).

4.º El día 31 de julio se realizó una nueva ecografía en la que se comprobó la vitalidad embrionaria y el crecimiento adecuado al tiempo de gestación. También se pudo comprobar la permanencia del hematoma.

5.º Finalmente, y a pesar de las correctas medidas sanitarias adoptadas, entre las que figuraba, como se desprende de lo hasta ahora dicho, un exhaustivo seguimiento del curso del embarazo, la paciente sufre un aborto espontáneo el día 13 de agosto de 2012, riesgo que, tal como señalan los especialistas que han informado en el expediente, se produce en un porcentaje del 10-12% de todos los embarazos, incrementándose en el supuesto de mujeres con abortos previos, alcanzado un 25%.

Vemos, pues, que el contenido de estos informes y la ausencia de una pericia de parte que los contradiga y ampare las meras opiniones de la reclamante, acerca de que el día 9 de julio de 2012 resultaba obligada una baja laboral para evitar un posterior aborto, impiden considerar acreditado que los daños padecidos por la interesada sean imputables al funcionamiento del SMS. La valoración de las pruebas diagnósticas, la determinación de qué patologías pueden ser descubiertas con ellas, así como que tratamientos o medidas resulte aconsejable adoptar, constituyen una cuestión estrictamente técnica que sólo pueden apreciar los profesionales de la ciencia médica, en la medida que es preciso ponderar múltiples factores. Nada prueba la interesada al respecto, quien se limita a señalar que la doctora de cabecera se negó a darle la baja laboral, colocándola en una situación de riesgo de aborto.

De lo expuesto, cabe concluir que la actuación de los profesionales que atendieron a la reclamante durante su embarazo fue ajustada a normopraxis, lo que impide imputar los daños padecidos por la paciente al funcionamiento del servicio público sanitario, al faltar el necesario nexo causal entre ambos y la antijuridicidad del daño.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.